

雙主修/輔系 資格取消申請書

學生_____學號_____係本校_____學系

之學生，因_____原因，申請取消 雙主修/輔系

本校/中山大學_____學系之資格，特此聲明。

申請人（簽章）：

申請日期：

原學系承辦人	原學系系主任	中山大學註冊組 承辦人	中山大學註冊組 組長	中山教務長
		<small>(限跨校輔系/雙主修學生適用)</small>	<small>(限跨校輔系/雙主修學生適用)</small>	<small>(限跨校輔系/雙主修學生適用)</small>
雙主修/輔系 學系承辦人	雙主修/輔系 學系主任	本校註冊課務組 承辦人	本校註冊課務組 組長	本校教務長

個人資料蒐集告知內容

高雄醫學大學為協助學生申請雙主修/輔系資格取消作業之目的，須蒐集您的姓名、學系、學號、電話等個人資料(辨識類：C001 辨識個人者)，作為申請雙主修/輔系資格取消審核期間及台灣地區內進行聯繫，個人資料將保存至畢業止(需依實際狀況調整)。本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫，則可能對您申請雙主修/輔系資格取消作業有所影響。如欲行使其他個人資料保護法第 3 條的當事人權利，請洽本校教務處註冊課務組。

本人以詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

簽名：_____